

caverne, qui s'est évidemment creusée tour à tour dans le poumon et dans le foie.

Messieurs, lorsque vous aurez diagnostiqué une tumeur hydatique intra-thoracique, soyez d'une extrême réserve dans le pronostic.

Tout en pouvant espérer que les choses marcheront bien, que la maladie se terminera heureusement par les seuls efforts de la nature et suivant le mécanisme sur lequel je me suis longuement étendu, vous ne devez pas oublier que ce travail d'élimination si favorable peut ne pas s'accomplir sans danger. Au début, il peut donner lieu à des accès de suffocation; la présence dans les voies aériennes des hydatides et des liquides qui irritent la membrane muqueuse des bronches, celle de la trachée et le larynx, peut occasionner des quintes de toux susceptibles elles-mêmes de provoquer des hémorragies mortelles, comme M. le docteur Pillon en a rapporté un exemple. Vous devez craindre l'hydro-pneumothorax et ses conséquences fatales. Vous avez à redouter aussi l'asphyxie, conséquence de la gêne apportée à la respiration, quand la tumeur, ayant acquis des proportions considérables, arrive à comprimer le poumon, et cela, non-seulement dans les cas analogues à celui de Dupuytren et Geoffroy, où la tumeur intra-thoracique est double, mais alors encore qu'il n'y en a qu'une d'un seul côté.

En dehors de ces circonstances fâcheuses, et lorsque les hydatides auront trouvé leur voie par les tuyaux bronchiques, vous pourrez espérer la guérison, une guérison assez prochaine. Les accidents inflammatoires qui accompagnaient le travail d'élimination cessent; la fièvre tombe, l'appétit renaît, et le retour à la santé peut être complet au bout de quelques semaines.

En présence de ces tumeurs hydatiques intra-thoraciques, la médecine a-t-elle à intervenir activement? Le plus sage est de s'abstenir; ici encore, comme en tant d'occasions, il faut savoir attendre en surveillant attentivement son malade, en cherchant à modérer les accidents inflammatoires et à soutenir les forces de l'économie.

L'extrême prudence que je vous conseille va jusqu'à repousser les ponctions exploratrices qu'on serait tenté de faire pour éclairer un diagnostic incertain. Ces ponctions peuvent être fatales, alors que des adhérences ne se sont pas établies entre la tumeur et les parois de la poitrine, en devenant la cause d'un épanchement pleural dont je vous ai dit les dangers. Or, il est impossible, même au médecin le plus expérimenté, d'affirmer que ces adhérences existent. Que si les circonstances vous commandaient rigoureusement d'intervenir et de donner issue aux liquides, la première indication serait de provoquer l'inflammation adhésive si absolument nécessaire; ce qui ne se pourrait qu'autant que la tumeur serait en contact avec la cage thoracique et qu'il n'y aurait pas de lamelle de poumon interposée entre elles. L'acupuncture multiple répétée plusieurs jours de suite remplirait cette indication, et cette indication remplie, la ponction avec le bistouri, ou avec un gros trocart, serait employée pour vider la poche, dans laquelle on ferait ensuite des injections iodées.

En définitive, ce mode de traitement ne différerait en rien de celui que j'ai adopté pour la guérison des kystes hydatiques du foie, et que je me réserve de vous exposer en détail quand l'occasion se présentera de vous parler de cette affection. J'ajouterai, en finissant, que jamais je ne l'ai employé contre les hydatides du poumon, que j'ignore même s'il l'a jamais été, et que, par conséquent, je n'en saurais prévoir les résultats.

XXXV. — ABCÈS PULMONAIRES, VOMIQUES PÉRIPNEUMONIQUES.

Ce sont des affections rares en dehors des cas où l'on a affaire à des vomiques tuberculeuses, à des abcès métastatiques. — Elles sont moins rares chez les enfants, mais alors ces abcès pulmonaires se montrent dans la pneumonie lobulaire. — Le diagnostic des vomiques péricapsulaires est difficile. — On peut les confondre avec les abcès pleuraux.

MESSIEURS,

A la fin de notre dernière conférence, je vous ai montré les poumons de deux individus morts dans nos salles de pneumonie aiguë.

Dans l'une de ces autopsies, vous avez pu voir le poumon gauche avec un vaste foyer qui occupait les parties inférieure et antérieure du lobe supérieur. Ce foyer, constitué par une cavité capable de loger un gros œuf de poule, était divisé, par des cloisons incomplètes, en loges communiquant les unes avec les autres; les parois étaient formées par le parenchyme pulmonaire induré et grisâtre. Il communiquait avec la cavité pleurale par une large ouverture en forme de boutonnière, située sur le bord antérieur de ce lobe pulmonaire et pouvant mesurer 2 centimètres en longueur. Partout ailleurs, le parenchyme du poumon paraissait sain et ne présentait aucune trace de tubercules. Le foyer lui-même ne contenait aucune matière analogue à la matière tuberculeuse; enfin il n'exhalait pas la moindre odeur de gangrène. La cavité pleurale correspondante était remplie d'une grande quantité de pus blanc, crémeux, inodore; les surfaces viscérale et pariétale de la membrane séreuse étaient couvertes, dans les deux tiers inférieurs, d'une couche pultacée, pseudo-membraneuse, épaisse, d'un blanc verdâtre. Le long de la colonne vertébrale et au niveau du diaphragme, le poumon adhérait intimement aux parois de la cavité thoracique; toutefois, en exerçant une traction sur elles, les adhérences cédaient facilement, excepté au niveau du diaphragme où elles étaient si résistantes, qu'il fallut enlever ce muscle avec le poumon. D'un bon tiers moins volumineux que le droit, le poumon gauche avait son lobe supérieur affaissé sur lui-même et appliqué le long du rachis. En cherchant à l'insuffler, on ne pouvait arriver à le gonfler, l'air s'échappant à travers l'ouverture du foyer dont je vous ai parlé.

Le poumon droit ne présentait rien d'anormal que des adhérences pleurales anciennes, assez peu résistantes.

Dans l'autre autopsie, vous voyiez également un vaste foyer purulent du poumon gauche, mais, à un degré moins avancé que dans le premier cas, et commençant seulement à se former. De plus, tandis qu'ici l'abcès pulmonaire

était la conséquence d'une péricapsule circonscrite ou partielle, là il existait au milieu d'un lobe enflammé dans toute son étendue.

Le tissu pulmonaire présentait, en effet, la consistance du tissu hépatique. Les deux lobes de ce poumon gauche, complètement pris, avaient une coloration grise très-manifeste, et à la surface du poumon incisé, on voyait sourdre du parenchyme condensé une grande quantité de liquide écumeux, grisâtre, de sanie purulente. Le tissu se déchirait aisément sous la pression du doigt, et à la partie supérieure et postérieure du lobe inférieur, on voyait le foyer dont nous parlons. D'une capacité égale à celle de l'abcès que nous avons trouvé à notre première autopsie, ce foyer, complètement rempli d'une matière putrilagineuse de couleur de brique pilée, n'était séparé de la scissure interlobaire que par une lame très-mince de tissu pulmonaire. L'autopsie avait été faite avec grand soin, sans violence, et il ne nous parut pas probable qu'il y eût eu attrition du tissu par la pression de la main de l'élève chargé de l'opération; toutefois, je dois dire que j'ai conservé et que je conserve encore quelques doutes.

Ce sont là, messieurs, deux exemples de ce que l'on appelait des vomiques, des abcès du poumon; abcès phlegmoneux, très-différents de ces collections purulentes que nous observons chez les individus tuberculeux, très-différentes aussi des abcès dits métastatiques qui se rencontrent à l'autopsie des malades emportés par une infection, par une résorption putrides, et qui sont une des lésions caractéristiques de la diathèse purulente.

Ces vomiques, non tuberculeuses, non métastatiques, franchement inflammatoires, sont des lésions excessivement rares, du moins chez les adultes. Je fais cette restriction, parce qu'en effet, chez les individus en bas âge, elles sont très-fréquentes, et en cela je suis complètement d'accord avec les observateurs qui, dans ces derniers temps, ont écrit sur la pneumonie des enfants.

L'exception rentre cependant jusqu'à un certain point dans la règle générale, en ce sens que les abcès pulmonaires ne se trouvent que dans la pneumonie lobulaire, affection bien différente de la pneumonie lobaire.

Ces abcès pulmonaires chez les enfants, tantôt se montrent disséminés en très-petit nombre dans le parenchyme pulmonaire; tantôt ils sont tellement rapprochés qu'ils ressemblent à des myriades de tubercules. Ce dernier aspect est celui sous lequel ils se présentent le moins souvent. Quand ils sont en très-petit nombre, ou bien ils forment à la surface du poumon de petites ampoules faisant saillie sous la plèvre; ou bien ces petites ampoules, vidées dans les bronches, laissent à leur place une cavité pleine d'air; ou bien encore elles contiennent à la fois de l'air et du pus. Dans ces divers états, il est difficile de dire si l'ampoule est formée par un lobule suppuré ou par une dilatation de l'extrémité d'une bronche venant aboutir à un lobule dont les cellules ont été rompues; ce ne serait alors qu'une variété de l'emphysème vésiculaire. Mais quand les abcès sont extrêmement nombreux, l'aspect du poumon a quelque chose de spécial qu'il importe de décrire fidèlement.

La pneumonie lobulaire est alors agrégée ou pseudo-lobaire, c'est-à-dire que les lobules enflammés se réunissent en masses assez volumineuses, envahissent la presque totalité ou même la totalité d'un lobe, à la façon de la pneumonie de l'adulte.

Deux jeunes enfants furent pris de pneumonie aiguë. L'aîné fut conduit à l'hôpital des Enfants malades où il mourut quelques jours plus tard; l'autre, allaité par sa mère, fut amené à l'hôpital Necker où il fut placé dans mon service de la salle Sainte-Julie.

La pneumonie était des plus évidentes, mais elle semblait n'occuper que le côté gauche. De ce côté, en effet, on entendait un souffle très-prononcé, et en même temps un retentissement considérable du cri. Il y avait du râle sous-crépitant assez gros, peu d'obscurité du son. Ces signes persistèrent jusqu'à la fin. A droite, la respiration était faible, et deux jours avant la mort, on commença à entendre quelques bulles de râle sous-crépitant, sans mélange de souffle. Cependant il y eut toujours une fièvre vive et beaucoup d'oppression.

A l'autopsie, lorsque les poumons furent déposés sur la table anatomique, on aperçut à travers la plèvre une multitude de taches d'un blanc jaunâtre, qui tranchaient vivement sur la couleur rouge du parenchyme hépatisé. Il semblait que ce parenchyme fût farci de tubercules à l'état de crudité ou de ramollissement. En coupant nettement une grande masse de poumon, l'aspect était le même, à cela près pourtant que l'on voyait évidemment du pus salissant la surface des tissus incisés, et par conséquent modifiant un peu l'aspect des parties. Si maintenant on laissait tomber un filet d'eau sur ces tissus ainsi altérés, l'eau entraînait du pus qui laissait à découvert une cavité peu régulière, à parois mal déterminées. Ailleurs, le filet d'eau n'entraînant pas la totalité de la matière purulente, il restait une cavité encore plus mal déterminée que tout à l'heure, et une masse assez molle, mais pourtant adhérente au parenchyme. Enfin, parmi ces portions de poumon qui simulaient ainsi au premier abord des tubercules, il en était dont l'eau ne détachait rien, quoiqu'elles fussent très-friables. Tout alentour le parenchyme était hépatisé.

Une attention, même assez superficielle, ne nous laissa pas longtemps croire à l'existence des tubercules; il devenait évident que nous avions affaire à une pneumonie lobulaire qui était passée par quatre degrés: hépatisation rouge, c'était la plus grande masse des lobules; hépatisation blonde, correspondant au troisième degré de la pneumonie de l'adulte; ramollissement partiel des lobules passés à l'hépatisation blonde; enfin, ramollissement complet de ces mêmes lobules, véritables vomiques péripneumoniques.

Il était assez remarquable que ces quatre degrés s'observassent dans le poumon gauche, qui avait été envahi le premier et avec le plus de violence, tandis que le poumon droit, frappé seulement deux ou trois jours avant la mort, n'offrait que les deux premiers degrés.

Je pris soin de faire remarquer, durant l'autopsie, combien ces lésions diffé-

raient des tubercules, et l'on ne pouvait pas ne pas reconnaître, dans ces lobules enflammés, exactement les mêmes formes que l'on voit à la fois dans les lobes entiers chez l'adulte.

D'ailleurs l'extrême acuité de la maladie indiquait une pneumonie franche, et bien que, chez certains enfants qui jusqu'ici avaient à peine toussé, j'aie vu des pneumonies aiguës tuer en quelques jours, et l'autopsie permettre de disséquer un poumon rempli de tubercules à divers états, il n'en est pas moins vrai que l'anatomie pathologique fournit des moyens de distinguer ces pneumonies compliquées de tubercules de celles où le tissu pulmonaire est farci d'abcès. Tout récemment encore, je vous ai fait voir à tous, dans cet amphithéâtre, les poumons d'un enfant à la mamelle où vous trouviez quelques milliers de petites ampoules remplies de pus parfaitement lié. L'enfant n'avait été malade que quinze jours.

Je reviens à ce qui se passe chez les adultes. Les vomiques non tuberculeuses, non métastatiques, purement inflammatoires, sont, vous disais-je, chez eux excessivement rares, à ce point que pour ma part je suis resté près de vingt-cinq ans médecin d'hôpital sans en avoir rencontré un seul exemple. C'est par une de ces singulières coïncidences qui arrivent quelquefois dans la pratique, que les deux cas que nous avons vus ensemble se sont présentés durant la même semaine à notre observation, et encore un de ces faits a-t-il laissé quelques doutes dans mon esprit. Cette lésion est assez rare pour que Laennec, dont l'opinion doit être d'une grande autorité en pareille matière, affirme que, sur plusieurs centaines d'ouvertures d'individus morts de péripneumonie, il ne lui est pas arrivé, dans un espace de plus de vingt ans, de rencontrer plus de cinq à six fois des collections de pus dans un poumon enflammé. « Encore, ajoute l'immortel auteur du *Traité de l'auscultation médiate*, elles étaient peu considérables, peu nombreuses, et dispersées çà et là dans les poumons qui présentaient le troisième degré de l'inflammation. » Une seule fois, il rencontra un foyer purulent assez considérable, analogue à celui que nous trouvions dans la première de nos autopsies. Indépendamment des observations qui lui étaient particulières, et, dit-il, malgré le zèle avec lequel on cultivait en France l'anatomie pathologique depuis une vingtaine d'années, il ne connaissait que deux autres cas bien constatés d'abcès du poumon: l'un avait été communiqué en 1823 à l'Académie de médecine, par Honoré; l'autre avait été publié par M. Andral (1). A l'appui de ce grand témoignage, nous apporterons celui du professeur Chomel, qui, dans un espace de vingt-cinq années, n'a rencontré que trois fois, dans le parenchyme pulmonaire, des collections de pus qui ne paraissaient pas dues au déchirement que détermine si souvent, dans un poumon frappé d'infiltration purulente, la pression des doigts au moment où l'on arrache ce viscère de la cavité qui le renferme (2).

(1) Andral, *Clinique médicale*, t. II, p. 313.

(2) Chomel, *Dictionnaire de médecine* en 30 vol. Paris, 1842, t. XXV, p. 151.